

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1934

THÈSE

N°

788

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME UNIVERSITAIRE

PAR

Julio JANE

né le 22 Octobre 1901 à Guantanamo (Cuba)

ETUDE SUR LA MEDECINE
DE
L'HOMME PREHISTORIQUE

Président de Thèse : M. TANON, Professeur

PARIS

E. LE FRANÇOIS, EDITEUR

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1934

THE

1881

LE DOCTEUR EN MEDICINE

DIPLOME D'UNIVERSITE

1881

DE LA FACULTE DE MEDICINE DE LA

ETUDE DE LA MEDICINE

ETUDE DE LA MEDICINE

DE LA FACULTE DE MEDICINE DE LA

1

LE DOCTEUR EN MEDICINE

DE LA FACULTE DE MEDICINE DE LA

ÉTUDE SUR LA MÉDECINE
DE L'HOMME PRÉHISTORIQUE

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1934

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME UNIVERSITAIRE

PAR

Julio JANE

né le 22 Octobre 1901 à Guantánamo (Cuba)

ETUDE SUR LA MEDECINE
DE
L'HOMME PREHISTORIQUE

Président de Thèse : M. TANON, Professeur

PARIS

E. LE FRANÇOIS, EDITEUR

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	ROUVIÈRE
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	PROUST
Physiologie.	LÉON BINET
Physique médicale.	STROHL
Chimie médicale.	DESGREZ
Bactériologie.	Robert DEBRÉ
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT
Pathologie et thérapeutique générales.	BAUDOUIN
Pathologie médicale.	CLERC
Pathologie chirurgicale.	CHEVASSU
Anatomie pathologique.	ROUSSY
Histologie.	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU
Thérapeutique.	LOEPER
Hygiène et médecine préventive.	TANON
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNE-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée.	FIESSINGER
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET
Clinique médicale.	ACHARD
	BEZANÇON
	CARNOT
	Marcel LABBÉ
	LEREBoullet
	NOBÉCOURT
Hygiène et clinique de la première enfance.	H CLAUDE
Clinique des maladies des enfants.	GOUGEROT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GUILLAIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	LEMIERRE
Clinique des maladies du système nerveux.	CUNÉO
Clinique des maladies infectieuses.	GOSSET
Clinique chirurgicale.	GRÉGOIRE
	LENORMANT
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN
Clinique urologique.	MARION
	BRINDEAU
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE
	JEANNIN
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE
Clinique thérapeutique médicale.	RATHERY
Clinique oto-rhino-laryngologique.	LEMAITRE
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL
Clinique propédeutique.	SERGENT
Clinique de la Tuberculose.	LÉON BERNARD
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.	MATHIEU
	HOVELACQUE
Professeurs sans chaire.	MULON
	OLIVIER
	VERNE

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.. Neurologie et Psychiâtrie.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne). Pathologie médicale
BOULIN..... Pathologie médicale.
BROCQ..... Pathologie chirurgicale.
BULLIARD..... Histologie.
CATHALA..... Pathologie médicale.
CHABROL..... Pathologie médicale.
CHEVALLIER... Pathologie médicale.
DOGNON..... Physique.
DONZELOT.... Pathologie médicale.
FEY..... Urologie.
GALLIARD..... Parasitologie.
GASTINEL..... Bactériologie.
GATELLIER... Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie
 chirurgicale.
GAYET..... Physiologie.
GIROUD..... Histologie.
HAGUENAU.... Pathologie médicale.
HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD..... Pharmacologie.
HUGUENIN.... Anatomie pathologique.
JOANNON..... Hygiène.
LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
LACOMME..... Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL... Obstétrique.
LAROCHÉ (Guy) Pathologie médicale.
LEMAIRE..... Pathologie expérimentale
LEVEUF..... Pathologie chirurgicale.
M^{lle} J. LÉVY... Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI.. Neurologie et Psychiâtrie.
MOREAU..... Pathologie médicale.
MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN..... Pathologie médicale.
OBERLING.... Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale
PRÉDELIEVRE... Médecine générale.
PORTES..... Obstétrique.
QUÉNU..... Pathologie chirurgicale.
RICHET..... Physiologie.
SANNIÉ..... Chimie biologique.
SÉNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
SÉZARY..... Dermatologie et syphili-
 graphie.
TROISIÈRE..... Pathologie expérimentale
TURPIN..... Pathologie médicale.
VALLÉRY-RADOT
 (Pasteur) Pathologie médicale.
VELTER..... Ophtalmologie.
VIGNES..... Obstétrique.
WILMOTH..... Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

AGLAVE..... Pathologie chirurgicale.
BUSQUET..... Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX..... Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
ZIMMERN..... Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS

DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI.....	} Clinique médicale.	GUÉNIOT.....	} Clinique obstétricale.
CHIRAY.....		LE LORJER....	
DUVOIR.....		LÉVY-SOLAL...	
BASSET.....		METZGER.....	
HEITZ-BOYER..	} Clinique chirurgicale.		
MOCQUOT.....			
SCHWARTZ....			

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
FREY.	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEY-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MA FEMME

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A Monsieur LE DOCTEUR L. TANON

Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Paris

*Pour le grand honneur qu'il nous a fait en
acceptant de présider cette thèse.*

A mon respecté et regretté maître

LE DOCTEUR O. MONOD

(In memoriam)

(Institut du Radium de l'Université de Paris)

A MONSIEUR LE DOCTEUR CL. REGAUD

Professeur à l'Institut Pasteur

Directeur de l'Institut du Radium de l'Université de Paris

*En hommage de notre reconnaissance pour
la bienveillance et les sages conseils qu'il
a bien voulu nous prodiguer au cours de
notre spécialisation.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. ZIMMERN

Professeur agrégé
Directeur de l'Institut Municipal d'Electro-Radiologie
de Paris

*Qu'il veuille trouver ici l'expression de nos
meilleurs sentiments de reconnaissance
pour l'intérêt qu'il nous a porté, et de son
enseignement éclairé dont nous avons
profité.*

A TOUS MES MAITRES

INTRODUCTION

« La préhistoire cherche à reconstituer la vie des premiers hommes alors que, sauvages tout à fait primitifs, ils vivaient comme ceux-ci, n'ayant qu'une seule préoccupation : lutter contre la mort qui, de toutes parts, les menaçait, et parvenir à continuer de vivre. » Cette phrase du grand anthropologiste Capitan, en même temps qu'elle définit la préhistoire, nous fait soupçonner l'intérêt d'une étude de la médecine de l'homme primitif.

Une telle étude comprend nécessairement deux parties assez distinctes : la paléopathologie d'une part et l'histoire des connaissances et des pratiques médicales de nos ancêtres. Le terme de paléopathologie a été créé par Rüffer à propos de l'étude anatomo-pathologique des momies égyptiennes. Ce terme a eu un sens plus large par la suite et il désigne la science des maladies dont on a pu démontrer l'existence dans les restes humains et d'animaux aux temps anciens. C'est KLEBS qui a commencé l'étude de la paléopathologie préhistorique. Cet auteur a pu montrer chez les animaux fossiles ayant vécu à des époques géologiques très reculées des lésions anatomiques analogues ou même identiques à celles que déterminent nos maladies actuelles.

On verra par la suite de ce travail les difficultés que présente l'étude de la paléopathologie. Les données se bornent aux squelettes fossilisés et à l'interprétation de quelques figurations. Cependant la paléopathologie est encore une science exacte à côté de l'étude de la médecine préhistorique. Nos connaissances se bornent à l'interprétation de quelques lésions anatomiques osseuses qui semblent porter les traces de l'intervention humaine. Il est vrai que nous possédons une autre source qui est l'étude des pratiques médicales des peuples primitifs actuels qui, en quelque sorte, n'ont pas encore dépassé leur époque préhistorique. Mais cette source est bien trop indirecte pour qu'on puisse en conclure quant à la médecine des époques paléolithiques et néolithiques.

*
* *

L'intérêt de l'étude que nous avons entreprise peut être envisagé de deux points de vue différents : du point de vue du pathologiste et du point de vue de l'anthropologiste. Pour le pathologiste, il n'est pas sans intérêt de savoir si l'humanité a souffert des mêmes maux il y a des milliers de siècles qu'en ce moment ; il n'est pas sans intérêt non plus de connaître les connaissances que ces hommes possédaient sur l'origine des maladies et sur les remèdes que l'on peut y porter.

Quant à l'anthropologiste, les méthodes d'observation médicales peuvent apporter des données précieuses dans ses conceptions. Il n'est pas inutile de savoir distinguer un os pathologique d'un os normal, afin de ne pas en déduire l'existence d'une race nouvelle. On sait l'importance que possèdent les moindres détails d'un squelette pour sa place dans la systématique des espèces et des races fossiles des Hominiens. L'étude de la distribution géographique des maladies confrontée avec les données de la paléopathologie peut fournir des renseignements précieux sur certaines affinités ethniques, sur les migrations des divers peuples, sur leurs anciens habitats, etc.

Un travail comme celui que nous avons esquissé dans les cadres de ce modeste exposé n'est donc pas inutile ni comme un chapitre de la préhistoire, ni comme un essai de reconstitution de l'aube de la médecine.

*
* *

Nous avons traité notre sujet d'après le plan suivant :

- I. — Les civilisations préhistoriques.
- II. — Sources et méthodes d'étude.
- III. — Pathologie chirurgicale.
- IV. — Pathologie médicale.
- V. — La médecine des sociétés primitives.

CHAPITRE I

LES CIVILISATIONS PREHISTORIQUES

Nous allons résumer rapidement les diverses étapes par lesquelles semble avoir passé la civilisation, afin de pouvoir situer dans le temps les divers faits que nous étudierons plus loin. Il ne s'agit, bien entendu, que de donner un aperçu schématique, en laissant de côté tout ce qui fait encore l'objet de discussions théoriques.

On sait que l'origine de la vie sur le globe remonte à l'époque primaire. Pendant les grandes époques géologiques successives, on voit apparaître progressivement les diverses formes animales : Invertébrés, Vertébrés, parmi ces derniers, les Mammifères et enfin l'Homme. Selon toute vraisemblance, l'homme est apparu au début de l'ère quaternaire. On sait qu'au point de vue géologique, cette ère comprend le pléistocène avec ses trois subdivisions : inférieur, moyen et supérieur et l'holocène qui est l'époque géologique actuelle. La Terre n'a guère connu que des bouleversements insignifiants et partiels pendant le Quaternaire : les plus importants parmi ceux-ci sont constitués par les congélations dont l'influence a été considérable sur la distribution des diverses races hu-

maines comme aussi sur le développement des civilisations.

Les civilisations préhistoriques apparaissent en même temps que les restes humains fossilisés. Ces civilisations se caractérisent essentiellement par l'existence d'outils manifestement fabriqués par l'homme et par les traces de son industrie et de son art.

On sait que, récemment, on a supposé l'existence de l'homme à la fin de l'ère tertiaire, pendant le pliocène. Les débris d'un crâne trouvés à Piltdown ont permis de décrire une espèce distincte : l'*Eo-anthropus dawsoni* qui se situerait à la fin du tertiaire. Cette espèce aurait déjà eu une civilisation paléolithique.

La première civilisation humaine dont on peut affirmer l'existence avec certitude est celle de *Homo heidelbergensis*. Cette civilisation s'étend pendant toute l'époque pléistocène inférieure et pendant le début du pléistocène moyen. D'après les localités où on en a retrouvé les traces les plus caractéristiques, on appelle cette civilisation la Chelléenne et l'Acheuléenne. Les produits de leur industrie sont constitués par des silex taillés de formes diverses. On ne trouve pas trace d'activité artistique.

On possède des données encore plus précises sur la civilisation de *Homo neanderthalensis*. Cette espèce qui vivait au début du pléistocène supérieur,

tarien, les hommes de cette époque mangeaient peut-être de la terre, volontairement ou non. Cette explication ne semble guère valable : la géophagie se rencontre encore accidentellement chez des dégénérés vivant à l'état sauvage, mais l'étude de SIFFRE a montré que le Néolithique qui avait des vivres en abondance, ne semble nullement s'être livré à ces pratiques. Il semble bien d'ailleurs que le régime ni les particules mêlés aux aliments n'aient pu jouer qu'un rôle secondaire, s'ils ont vraiment exercé une influence dans la production de cette usure.

De toutes les lésions d'usure la plus importante est celle de la face triturante, et on la rencontre chez toutes les races préhistoriques. Elle est généralement d'autant plus marquée que les échantillons étudiés peuvent être attribués à une période plus reculée. Il semble que, la cause principale, sinon unique, de cette abrasion réside dans l'articulé des dents en bout à bout qui était la règle chez les hommes préhistoriques. L'abrasion la plus fréquente est une usure oblique externe, c'est-à-dire dans une direction qui correspond à des mouvements de diduction puissants. On observe pourtant quelquefois une usure transversale. D'une manière générale, la dent est plus usée à la partie interne qu'à la partie externe. Les molaires inférieures dans le mouvement de rotation de la mandibule ne pivotent pas horizontalement autour des dents correspondantes du maxillaire supérieur, mais les re-

poussent en haut et en dehors. Très peu de maxillaires en sont exempts et cette usure est déjà très marquée sur des squelettes auxquels l'ensemble de leurs autres caractères assigne un âge relativement peu avancé.

Sur quelques maxillaires, la face triturante des incisives, des canines et même des prémolaires est légèrement convexe dans le sens vestibulo-lingual, ce qui traduit la fréquence des mouvements de propulsion du maxillaire inférieur.

Une lésion d'usure du type dit « par cure-dents » a été décrite par SIFFRE dans la région du collet des dents du crâne de la Quina. SIFFRE l'a retrouvée sur des dents néolithiques.

Divers cas de dysplasie dentaire ont été découverts sur les dents d'hommes préhistoriques, voire même paléolithiques. On a reconnu, plusieurs fois, la présence de tubercules de CARABELLI. Dans l'ossuaire du dolmen du Bois-du-Monsieur, BAUDOUIN relève deux tubercules sur des dents adultes d'hommes, du côté droit pour les premières grosses molaires supérieures, trois autres, trouvées du côté gauche de la dent, correspondent à des dents très jeunes dont les racines étaient encore très incomplètes, il s'agirait donc ici d'enfants.

La carie dentaire semble avoir fait son apparition au mésolithique ; à partir de cette époque, on la rencontre assez souvent, elle semble néanmoins être très sensiblement moins fréquente qu'à l'épo-

que actuelle. Elle a des caractères assez particuliers, elle atteint surtout le collet, les incisives et les canines sont très souvent indemnes. La lésion semble progresser lentement et les complications sont peu fréquentes.

La polyarthrite alvéolaire s'observe à des degrés divers à toutes les époques. Dans certains cas, elle aboutissait à une véritable pyorrhée (Chapelle aux Saints).

Il convient de dire un mot ici de certaines particularités anatomiques qui nous ont été révélées par des peintures ou des statuettes. Les femmes de l'époque paléolithique, telles qu'elles ont été représentées par leurs contemporains, montrent des hanches et des fesses extrêmement développées par rapport au reste du corps. Une telle disposition pourrait être attribuée actuellement à une lipomatose localisée. Il est cependant vraisemblable que cette disposition faisait partie de la morphologie normale de cette race ainsi qu'en témoigne la stéatopygie actuelle des femmes Hottentotes ou Bushmen.

On voit ainsi combien les ossements et les figurations ne peuvent donner qu'une idée incomplète de la pathologie de l'homme préhistorique, étant donnée la place relativement infime que tiennent à l'heure actuelle les lésions osseuses dans la pathologie interne. Et, de plus, si nous sommes néanmoins parvenus à identifier certaines des affec-

tions dont les hommes des époques préhistoriques étaient atteints, nous restons dans l'ignorance la plus complète en ce qui concerne les moyens thérapeutiques dont ils disposaient pour les combattre.

CHAPITRE IV

AFFECTIONS CHIRURGICALES

Si nous en sommes réduits aux conjectures en ce qui concerne les moyens thérapeutiques utilisés par les hommes préhistoriques, nous sommes un peu mieux renseignés sur les traitements chirurgicaux auxquels ils avaient recours par les traces qu'en portent les squelettes.

L'examen des ossements a montré la trace fréquente de blessures et de fractures. Les blessures sont causées par des pointes de silex et, dans certains cas, il semble que la mort a dû être rapide. Ceci n'est pas surprenant étant donné la force de pénétration du projectile susceptible d'un trajet étendu à travers les organes. C'est ce que montrent des vertèbres lombaires, provenant des stations du Petit Morin, où l'on a relevé deux blessures par pointes de flèche, l'une ayant pénétré par la partie latérale du corps vertébral et l'autre par la face antérieure, donc après avoir traversé toute la masse abdominale.

Dans d'autres cas, la réparation osseuse montre que le blessé a pu survivre assez longtemps et même qu'il a pu guérir. Sur un sacrum de la Grotte de la Lave, on remarque, en dehors et à droite de la

crête sacrée, une pointe de flèche qui a pénétré assez profondément et qui est brisée au ras de l'os. La blessure en elle-même n'était pas mortelle et le blessé semble avoir échappé aux risques d'infection car on trouve des signes de cicatrisation sur les bords de l'encoche ainsi produite. La pointe de la flèche a dû se briser au cours d'une tentative d'extraction.

On a trouvé de très nombreux exemples de fractures, parfois même compliquées, avec plaies, suppurations, esquilles d'os, et qui ont pourtant guéri. On a signalé entre autres un crâne féminin qui a été vraisemblablement ouvert par un violent coup de hache. D'après l'état de la blessure, on a pu conclure que la victime a survécu une vingtaine de jours.

ROUILLON, qui a étudié particulièrement les lésions osseuses traumatiques des squelettes trouvés en Vendée, a constaté une fréquence toute spéciale de la fracture du radius. Ces fractures guérissaient sans consolidations vicieuses ni cals volumineux.

BAUDOIN a classé les diverses fractures rencontrées : col de l'omoplate (la plus rare), tibia, tiers supérieur du péroné, fémur (fréquente), humérus, radius, clavicule, côtes, cubitus. On a un exemple d'une fracture très complexe de l'extrémité inférieure de la jambe, compliquée de suppuration. Néanmoins, l'état du membre montre qu'il y a eu guérison. Celle-ci n'a pu vraisemblablement être

atteinte que grâce à une intervention chirurgicale dont il est difficile de nier l'existence, même si nous n'en connaissons pas le détail. Il convient d'ailleurs de dire que, dans certains cas, les fractures rencontrées semblent s'être consolidées spontanément sans aucune intervention.

En dehors des réductions de fractures, les principales opérations chirurgicales dont nous avons le témoignage sont la trépanation, la cautérisation et le T sincipital.

La trépanation, qui est à l'époque actuelle une opération assez peu fréquente, semble avoir été au contraire une pratique courante à l'époque néolithique.

L'opération en elle-même était d'ailleurs un peu différente de la trépanation actuelle qui revient à pratiquer une incision circulaire dans la calotte cranienne et à la soulever. On se contentait de pratiquer dans le crâne une ouverture assez restreinte pour en extraire une rondelle, et ceci au moyen d'un instrument en silex, avec lequel on râclait le crâne ; dans certains cas, l'os était scié en biseau par un mouvement de va et vient de la lame, comme on peut le constater sur certains crânes où l'opération a été amorcée puis interrompue.

L'emplacement de la trépanation est variable : pariétal gauche ou droit, région fronto-pariétale, région pariéto-occipitale, frontal. On peut dire que la trépanation à droite est la plus fréquente.

L'ouverture est le plus souvent elliptique ou irrég-

gulièrement circulaire. Elle est presque toujours unique, toutefois, on a trouvé un crâne qui a deux perforations disposées côte à côte sans que l'on puisse dire si elles ont été ou non pratiquées simultanément.

Ces opérations semblent avoir été exécutées avec une très grande habileté et dans la majorité des cas le sujet semble bien avoir survécu, comme le montrent les lèvres mousses de la plaie osseuse, la disparition des traces du râclage de l'os, et les processus de réparation sont très nets.

L'opération n'était pas toujours dépourvue de complications. Sur plusieurs exemples de ces crânes trépanés, on aperçoit autour de la perforation une surface irrégulière assez étendue. On interprète celle-ci comme résultant d'une infection consécutive à l'opération, la suppuration conduisant au décollement de l'aponévrose épicroanienne et une ostéite de voisinage qui a duré très longtemps.

On a beaucoup cherché et beaucoup discuté la signification de ces opérations. BROCA qui, le premier, a étudié ces crânes trépanés, a remarqué qu'ils ne portaient pas trace d'une des lésions qui, de nos jours, justifieraient l'intervention, et en a conclu que l'opération devait être interprétée comme une pratique religieuse ou magique, donnant à l'individu qui l'avait subie un pouvoir ou un caractère spécial.

Les renseignements que nous avons sur certaines populations primitives nous amènent à penser que

l'opération a pu être aussi pratiquée dans un but thérapeutique, sur un aliéné, par exemple, pour en chasser le mauvais esprit.

Il semble que le sujet sur lequel l'opération avait réussi ait été regardé ensuite comme possédant des vertus particulières. Très souvent, en effet, on pratiquait sur lui une nouvelle trépanation après sa mort. On a rencontré dans les sépultures un grand nombre de rondelles osseuses prélevées sur des crânes ayant manifestement subi une première trépanation lors de leur vivant ; elles comprennent souvent une partie des contours cicatrisés de la première ouverture. On les utilisait peut-être comme des amulettes protégeant contre la maladie qui avait nécessité la première intervention.

On a néanmoins constaté des exemples de trépanation post mortem pratiquée sur des crânes jusque-là intacts.

On a trouvé dans ces crânes des amulettes introduites par la perforation posthume comme dans d'autres crânes qui avaient été trépanés pendant la vie.

Cette trépanation est bien moins compliquée qu'elle peut le paraître. LUCAS CHAMPIONNIÈRE qui l'avait beaucoup étudiée, parvenait à la réaliser en moins d'une demi-heure avec un silex. Les hommes préhistoriques habitués à manier journellement des instruments de pierre, la réalisaient certainement beaucoup plus rapidement. C'est sans doute ce qui explique le grand nombre de ces crânes

trouvés surtout dans le Midi de la France. Dans les sépultures de la Lozère, PRUNIÈRES en avait trouvé 126. L'opération semble avoir été surtout pratiquée à partir de la fin du Noéolithique. A partir de l'âge de bronze, les trépanations deviennent de plus en plus rares, pour disparaître complètement à l'époque gallo-romaine.

Dans quelques cas, assez rares, les crânes ont été taillés pour être transformés en coupes à boire. Cette coutume s'est d'ailleurs conservée bien au delà de l'âge de pierre.

Les hommes préhistoriques pratiquaient aussi occasionnellement la cautérisation. Un crâne de la Grotte de la Lave nous en fournit la preuve. Il montre un peu au-dessus de l'arcade sourcillière une dépression d'environ un centimètre de diamètre, et de deux millimètres de profondeur. Le fond de cette dépression est irrégulier et perforé de minuscules pertuis vasculaires comme l'on en voit sur les parois osseuses qui ont guéri après une légère suppuration. A la même distance de l'arcade sourcillière et près de cette même lésion, on trouve une perforation elliptique d'environ six millimètres sur huit millimètres, dont le bout très mince est taillé en un biseau presque tranchant. La lésion s'est étendue en profondeur et a provoqué la perforation ; les irrégularités de la surface extérieure montrent que la lésion a été le siège d'une suppuration qui a fini par guérir sans que la réparation ait cependant été complète : le bout de la plaie est

en effet bien mousse, comme pour une plaie ancienne, mais il y a une perte de substance, qui devait être comblée par du tissu fibreux.

Des lésions tout à fait analogues se retrouvent dans des sépultures de diverses régions. Elles sont vraisemblablement la suite d'une longue suppuration consécutive à une cautérisation du cuir chevelu qui a entraîné la destruction du périoste, donc l'impossibilité de la réparation osseuse au niveau de la lésion.

MANOUVRIER a montré que ces lésions provenaient de l'application trop prolongée d'un moxa sur le cuir chevelu. On appelle ainsi, en Chine, des sortes de cylindres faits d'une substance combustible que l'on allume et qu'on place sur la région où l'on veut pratiquer la cautérisation.

Il semble que ces cautérisations ont dû comporter les mêmes indications que la trépanation. On a d'ailleurs trouvé des crânes qui avaient subi tour à tour les deux traitements.

On a trouvé d'autres crânes portant dans la région du sinciput une cicatrice nettement en forme de T, due à une lésion provoquée sans doute par une cautérisation pratiquée au sommet de la tête.

Cette lésion d'aspect particulier est, de plus, remarquable par le fait qu'on ne la rencontre que sur des crânes ayant appartenu à des sujets jeunes et plus particulièrement des femmes, et dans les dolmens d'une région bien délimitée, comprenant les vallées de l'Oise et de la Seine. On peut penser

là à un traitement spécial appliqué par un médecin exerçant dans une région très circonscrite. Ce T sincipital se rencontrant le plus souvent sur des crânes féminins, on peut penser qu'on le considérerait comme un remède à une des maladies fréquentes chez la femme.

Comme nous le montrerons plus loin, cette pratique est restée en vigueur jusqu'à la fin du Moyen Age. GRON, se basant sur des textes du ^x^e siècle, a voulu y voir une punition plutôt qu'un traitement chirurgical, mais on ne verrait pas pourquoi la punition serait si limitée à cette région, ni pourquoi elle était presque réservée aux femmes. L'interprétation de GRON n'a pas été admise et tous les paléontologistes interprètent toujours le T sincipital comme une opération.

Nous voulons dire ici un mot de la question des mutilations rituelles, très fréquentes de nos jours, chez les peuples primitifs, et encore discutés chez les hommes préhistoriques. On n'en a jamais relevé sur les squelettes des sépultures, mais on a trouvé sur les murs des grottes de Gargas (Hautes-Pyrénées), un grand nombre de mains peintes au patron (technique à peu près comparable au pochoir moderne), et dont un, plusieurs ou même tous les doigts sont privés des deux phalanges terminales. A ce sujet, deux hypothèses seraient possibles: l'artiste a pris comme modèle une main intacte aux doigts repliés, ou bien une main mutilée. Cette dernière hypothèse serait la plus vraisemblable

d'après l'abbé BREUIL qui a remarqué que plusieurs de ces mains étaient exactement superposables et doivent avoir été exécutées avec une main unique présentant les mêmes mutilations. Il y en a même une sans pouce et dont l'empreinte ne semble pas indiquer une désarticulation de la main.

L'interprétation de ces faits est évidemment assez délicate. S'il y a eu mutilation, celle-ci peut avoir été accidentelle, mais, d'autre part, les très nombreux exemples de mutilations rituelles que l'on connaît inclineraient à y assimiler les mains qui ont servi de modèles aux artistes aurignaciens des grottes de Gargas.

CHAPITRE V

LA MEDECINE DANS LES SOCIETES PRIMITIVES

Les archéologues discutent beaucoup la signification des monuments et des figurations artistiques de l'homme préhistorique. Pour les uns, le sens artistique dériverait de l'imitation ou bien aurait un but de reproduction presque scientifique. Pour les autres, les plus nombreux, les figurations comme monuments sont en rapport avec la religion et la magie.

Nous ne pouvons prendre un parti dans une discussion entre spécialistes, bien que la solution de ce problème aurait une importance considérable pour éclairer les origines de la médecine. Si l'on en croit ce qu'enseigne l'étude du psychisme des primitifs, on inclinerait volontiers vers une explication par des préoccupations surnaturelles. Les travaux de L. LÉVY-BRUHL sont extrêmement significatifs à cet égard. Cet auteur montre bien combien la crainte des forces surnaturelles domine toutes les autres préoccupations de l'homme primitif. On peut dire sans exagération qu'il ne voit la nature qu'à travers le surnaturel. Les phénomènes de la nature que nous essayons d'expliquer en ce mo-

ment par des lois physico-chimiques, sont tous interprétés par l'homme primitif comme le résultat d'une intervention consciente. Dans cette intervention consciente, on peut distinguer schématiquement deux choses : l'influence de l'esprit des ancêtres et les pratiques des sorciers.

Les maladies, tout comme les accidents et les fléaux naturels font partie des choses qui sont déclanchées par la colère des ancêtres ou par les maléfices des sorciers. D'où les deux aspects de cette « médecine » si l'on peut lui appliquer ce terme. Dans les peuplades primitives, en face de la maladie deux diagnostics s'imposent : est-elle due au mécontentement d'un ancêtre ou à un envoûtement ? S'il s'agit d'un ancêtre, il faut procéder à des pratiques dont le but est d'obtenir son pardon : sacrifices, prières, danses, etc. Si la maladie est due à un envoûtement, il y a lieu de libérer le malade de l'esprit malfaisant, autrement dit le purifier, l'exorciser.

Pour chacune de ces deux branches de la médecine magique, il existe des procédés préventifs et des procédés curatifs. Tout le culte des morts, si répandu dans la préhistoire et dans les civilisations primitives actuelles, n'est en réalité que la conciliation des ancêtres. On peut même supposer que certaines races préhistoriques voulaient rendre inoffensifs les ancêtres en ligotant les cadavres dans la position accroupie. Les procédés de purification des cadavres que certains veulent consi-

possédait une industrie paléolithique très développée. L'homme du Néanderthal vivait dans des cavernes, des grottes naturelles. Au point de vue archéologique, sa civilisation est appelée la civilisation moustérienne. La France, en particulier la région Sud-Ouest, est particulièrement riche en gisements moustériens.

La civilisation paléolithique a atteint sa perfection par l'apparition des premières races de *Homo sapiens* pendant le pléistocène supérieur. En Europe, on a décrit trois races qui ont coexisté ou qui se sont succédé : la race négroïde de Grimaldi, la race de Cro-Magnon (qu'on considère comme une race blanche) et la race mongoloïde de la Chanceladé. Chacune de ces races avait une civilisation propre qui avait ses caractères industriels et artistiques propres ; ce sont les civilisations aurignacienne, magdalénienne et solutréenne. Ces hommes vivaient à l'âge dit de Renne, car c'est cet animal qui caractérise le mieux la faune de cette époque. Les premiers représentants de notre espèce ont laissé des œuvres d'art témoignant d'un haut degré de développement des arts plastiques. On reviendra plus loin sur les figurations de cette époque.

Après une époque de transition mal délimitée, le Mésolithique, la civilisation change complètement d'aspect. L'industrie se perfectionne, mais l'art disparaît à peu près complètement. Quant à la superposition des civilisations et des races, elle devient à peu près impossible, étant donné le man-

que de caractères ethniques suffisamment soulignés.

Le Néolithique ou âge de la pierre polie revêt successivement plusieurs formes dont les plus importantes sont la Campignienne, la civilisation mégalithique des dolmens et des menhirs et enfin celle des cités lacustres.

A ce moment-là apparaît l'usage des métaux et les industries successives seront caractérisées par le métal dominant : l'âge du cuivre, celui du bronze et enfin celui du fer succéderont jusqu'à l'aube des époques historiques.

Nous n'avons pas donné intentionnellement la durée de chacune de ces époques ; il n'existe pas actuellement de données sûres. Contentons-nous de signaler que les géologues évaluent à peu près à un million d'années la durée de l'ère quaternaire. D'ailleurs la durée de la préhistoire varie avec les régions considérées. Certains pays comme la Chaldée, l'Egypte, l'Inde ,etc., sont entrés dans l'histoire alors que d'autres peuples étaient encore au paléolithique. Il en existe qui ne l'ont pas encore dépassé aujourd'hui.

CHAPITRE II

SOURCES ET METHODES D'ETUDE

Les sources qui permettent d'étudier la paléopathologie sont les mêmes que celles dont se sert le paléo-anthropologiste en vue de la reconstitution de la morphologie humaine normale. C'est-à-dire que ce sont avant tout les ossements dont l'étude approfondie pourra nous renseigner sur les lésions pathologiques ou traumatiques ayant existé chez nos ancêtres.

On sait, en effet, que les restes humains fossiles sont uniquement constitués par des ossements. Nous ne possédons pas de l'homme des empreintes ou des parties molles conservées dans de la glace ou dans de la cire comme il en existe pour certains animaux.

Toute idée que nous nous faisons actuellement de l'homme du pléistocène provient de l'étude de ces ossements. Les anthropologistes connaissent assez bien les rapports quantitatifs entre les diverses parties du squelette pour pouvoir reconstituer un individu entier d'après une mâchoire ou une partie du squelette crânien.

Le rôle du paléopathologiste pour être moins ardu est cependant très difficile. On comprend

combien le champ de ses investigations est restreint si l'on considère qu'il ne peut tenir compte que des lésions osseuses primitives ou secondaires. La pathologie osseuse ou tout au moins les maladies qui peuvent retentir sur le tissu osseux d'une façon suffisamment visible est tout de même une partie minime de la pathologie actuelle. Ajoutons à cela que le nombre des squelettes, surtout jusqu'à l'apparition de l'espèce *Homo sapiens*, est relativement minime : deux fragments de squelette pour *Eoanthropus Dawsoni*, deux ou trois pour *Homo heidelbergensis* et une cinquantaine pour l'homme du Néanderthal. Il est vrai que seule une partie minime de l'écorce terrestre a été jusqu'ici explorée, l'Europe et quelques rares fouilles en Asie, en Afrique et en Amérique.

Lorsqu'on constate sur un squelette des détails qui sur l'homme actuel seraient considérés comme pathologiques, il convient d'être extrêmement circonspect. On connaît l'erreur de VIRCHOW qui pensait que le crâne du Néanderthal est celui d'un idiot. De même a-t-on pensé que le crâne de Pilt-down est celui d'un individu atteint d'acromégalie ou encore qu'il présente des traces de maladie de PAGET. Cette dernière maladie a été discutée à propos des fémurs de l'homme de Néanderthal. Cependant, il semble bien que la forme arquée du fémur est la disposition normale dans cette espèce.

On a d'ailleurs mis en œuvre des méthodes d'investigation médicales pour l'examen de ces os. On

a pratiqué des radiographies qui, dans certains cas, comme on verra plus loin, ont pu trancher certains problèmes. La mise en œuvre de certaines méthodes médicales et de certaines considérations pathologiques a pu rendre des services considérables à l'anthropologiste et au paléontologiste. Voici, par exemple, le cas très curieux de la démonstration des parentés du Mammouth avec les espèces actuellement vivantes de Proboscidiens. On sait qu'on a trouvé en Sibérie, parfaitement conservé dans la glace, des Mammouths entiers. A l'aide d'une émulsion des tissus de ces animaux, on a pu pratiquer une réaction de fixation du complément chez le lapin et montrer que c'est l'éléphant des Indes et non pas l'éléphant d'Afrique qui descend du Mammouth. Le sérum de Lapin sensibilisé au Mammouth hémolyse en effet les globules de l'éléphant indien et n'hémolyse pas ceux de l'éléphant africain.

Dans un autre cas, celui de la parenté de certains peuples sud-américains avec la race mélanésienne, on a pu se servir de considérations de pathologie comparée et de parasitologie. Cette thèse soutenue par PAUL RIVET a été étayée entre autres par les arguments pathologiques : la maladie de peau des Indiens du Matto Grosso connue sous le nom de *chimbere* est identique cliniquement et pathogéniquement au *tokelau* océanien (Obs. de FONSECA). F.-L. SOPER a montré, d'autre part, qu'il existe une analogie dans la proportion d'ankylostomiasés et

de nécatoroses entre les Indiens d'origine vraisemblablement océaniens et les habitants actuels de l'Océanie. En effet, dans l'ensemble, le Necator est plus fréquent en Amérique du Sud que l'Ankylostome, sauf chez certains peuples, ceux précisément que l'on range pour des raisons anthropologiques et linguistiques parmi les Océaniens.

Ces quelques exemples ont montré tout ce que l'anthropologiste peut attendre des méthodes de recherches médicales. Cette perspective est beaucoup plus riche que celle qu'ouvrent les méthodes anthropologiques à la pathologie.

*
* *

Quant aux sources qui nous enseignent les connaissances et les pratiques médicales de la préhistoire, elles sont encore plus indirectes et plus pauvres. D'après certaines mutilations squelettiques (trépanation, T syncipital, etc.), et des traces de consolidation de certaines fractures, on peut conclure à l'existence rudimentaire d'un art de guérir. Mais ces documents sont trop rares et les sources les plus abondantes sinon les plus sûres sont constituées par les figurations artistiques et les sépultures. Quant à l'interprétation de ces documents, on doit avoir recours à des procédés encore plus indirects : à l'étude de la médecine dans les sociétés primitives actuelles. Tout récemment, J. GUIART

nous a montré qu'on pouvait tirer parti, pour interpréter la signification des monuments mégalithiques, de certaines coutumes populaires françaises.

En somme, cette partie du travail est plutôt de l'archéologie préhistorique, d'autant plus que, comme nous le verrons, cette médecine n'a que fort peu de rapports avec celle que nous pratiquons depuis Hippocrate.

CHAPITRE III

AFFECTIONS MEDICALES

L'examen approfondi des sépultures préhistoriques a non seulement fourni des renseignements très intéressants sur les coutumes funéraires de cette époque lointaine, mais les nombreux ossements que l'on y a recueilli nous ont procuré des données sur les maladies susceptibles déjà d'atteindre l'homme, ainsi que sur les pratiques chirurgicales par lesquelles, dès ce moment, on s'efforçait de les combattre.

Il est bien évident, comme nous l'avons déjà dit dans notre Introduction, que nous ne pouvons obtenir de telles données que sur des affections entraînant des modifications du tissu osseux puisque lui seul est conservé et permet d'établir le diagnostic.

Les anomalies sont néanmoins nombreuses et variées, et on peut se demander notamment si la durée moyenne de vie n'était pas sensiblement inférieure à celle que fournissent les statistiques contemporaines. On rencontre, en effet, dans les sépultures une proportion d'enfants et d'adultes jeunes très supérieure à celle des vieillards.

On sait de façon certaine que l'homme préhisto-

rique pouvait être atteint de tuberculose. RAYMOND a montré ainsi qu'un fémur de la grotte de la Lave présente des lésions d'ostéite de nature tuberculeuse. On a trouvé des traces évidentes de coxalgie, d'ankylose du genou, consécutive à une tumeur blanche.

On a signalé de très nombreux cas de rhumatisme. Les lésions osseuses pathologiques infectieuses que l'on a constatées le plus souvent sont à rapporter à l'ostéo-arthrite déformante chronique. On la rencontre avec une fréquence toute particulière dans les stations de la vallée du Petit Morin. Quelques autres localisations ont plutôt un caractère exceptionnel : arthrite sacro-iliaque, arthrite vertébrale. On trouve ainsi des exostoses très diverses à la suite d'ulcères de jambe.

LE BARON, qui s'est occupé un des premiers de ces questions de paléo-pathologie, a cité un cas de cancer du maxillaire inférieur, mais ce diagnostic paraît dicutable et il serait intéressant d'appliquer à ce cas les méthodes modernes d'étude.

On a également beaucoup discuté au sujet de la présence possible de lésions syphilitiques sur des squelettes préhistoriques. On sait, en effet, que l'origine de la syphilis est encore mal connue. La syphilis est surtout connue depuis la fin du quinzième siècle. Pour certains, elle aurait été introduite en Europe par les compagnons de Christophe Colomb. Pour d'autres, elle aurait existé de tout temps et aurait seulement subi à cette époque,

pour une cause non encore connue, une recrudescence de virulence. Il semblerait que l'on doive rapporter à la syphilis des lésions qui avaient été décrites sous des noms divers.

Un certain nombre d'auteurs ont donc essayé de retrouver des lésions à caractère syphilitique net sur des restes préhistoriques, ce qui aurait permis de trancher la question de l'origine américaine ou non américaine de la syphilis. J. PARROT fut l'un des premiers, dès 1873, à faire état de ces recherches. Il pensait pouvoir expliquer le rachitisme infantile uniquement par l'hérédité syphilitique et il crut trouver, en effet, des signes d'hérédo-syphilis sur des squelettes d'enfants provenant de sépultures néolithiques. Mais comme les pièces pour lesquelles il trouvait des lésions caractéristiques, étaient assez rares, il en a conclu que la syphilis n'avait à cette époque qu'une virulence relativement faible et que le virus européen s'était ultérieurement trouvé renforcé par le virus américain. Cette idée n'a pas de reprise.

A la suite de PARROT, on crut trouver un caractère syphilitique à des lésions présentées par diverses pièces squelettiques. RAYMOND au cours de son étude des squelettes des stations de la vallée du Petit Morin, a fait la critique des faits invoqués. Parmi les pièces décrites par les auteurs, RAYMOND pense qu'on doit éliminer les ossements de Solutré, le crâne de Bray-sur-Seine (qui montre en réalité des cautérisations du cuir chevelu).

les squelettes égyptiens étudiés par ZAMBACO, les restes trouvés dans les dolmens de la Lozère. Il y a doute pour d'autres échantillons, comme un tibia trouvé au dolmen de Maintenon (Eure-et-Loir), qui montre de très nombreuses exostoses, mais celles-ci ont très bien pu provenir d'un ulcère se développant au niveau correspondant.

RAYMOND considère comme un document de plus de valeur, un tibia du dolmen de Léry (Eure), étudié par LE BARON qui concluait très raisonnablement : « Je n'ai d'autre preuve de la syphilis préhistorique que l'hyperostose du tibia de Léry. S'il est bien prouvé que ce tibia est syphilitique, et c'est mon opinion, la syphilis préhistorique n'est plus douteuse, mais il faut ajouter qu'elle est rare ».

RAYMOND attribue une signification non douteuse aux modifications que présentent un cubitus et un humérus des stations du Petit Morin.

Le cubitus appartenant à un adulte, montre une lésion nette de la diaphyse. Le corps de l'os est beaucoup plus volumineux depuis la bulbe à la partie supérieure, jusqu'à trois ou quatre centimètres de l'extrémité opposée. Une hyperostose lisse donne à l'os une forme en fuseau qui ne peut guère s'expliquer que par une lésion interne. Après coupe et examen de ce cubitus, GANDOLPHE a diagnostiqué une ostéomyélite gommeuse tertiaire, à l'exclusion de toute autre infection. Il a interprété de même

l'hyperostose considérable que montre un humérus à la partie inférieure de la diaphyse.

Les deux os ne montrant pas les mêmes caractères superficiels (couleur, patine, dépôts), RAYMOND en a déduit qu'ils proviennent de sépultures distinctes, et ce fait, interprété comme un exemple de contagion, est pour lui une preuve supplémentaire de la nature syphilitique des lésions osseuses constatées. On en serait amené ainsi à penser que dès l'origine, les syphilitiques ont dû représenter une fraction importante de la population.

La position de GANGOLPHE, beaucoup moins catégorique, est plus sûre : « La conclusion qui s'impose et qui nous faisait scientifiquement inattaquable, est que les ossements des Grottes de Baye offrent des lésions d'ostéomyélite chronique identiques à celles décrites actuellement comme syphilitiques.

La question a été de nouveau reprise par JEANSELME qui nous dit dans le Traité de la Syphilis : « Nul critère à l'heure actuelle ne permet d'affirmer sans réserves qu'un os ou une dent sont atteints de lésions relevant de la syphilis. Des altérations traumatiques accidentelles ou intentionnelles (trépanations préhistoriques) des lésions du squelette consécutives au rachitisme, à la tuberculose, à la fièvre typhoïde et aux autres processus aigus ou chroniques, peuvent réaliser des ostéites raréfiantes et condensantes, des exostoses et des hyperostoses, qu'on ne saurait distinguer de celles

de la syphilis. » JEANSELME n'a trouvé dans les textes médicaux publiés avant la découverte de l'Amérique, aucune description correspondant à l'ensemble de symptômes de la syphilis. Il se range donc parmi les partisans de son origine américaine. Il a examiné de plus trois cent quatre-vingt-deux crânes classés comme préhistoriques dans des collections, et sur aucun d'eux il n'a trouvé la moindre lésion qu'on puisse raisonnablement interpréter comme syphilitique. Il était donc tout à fait intéressant de faire une recherche analogue sur des ossements américains, mais JEANSELME, passant en revue les études publiées sur ceux-ci, n'a pu ici non plus conclure avec certitude.

Il a été publié assez récemment par PALES une étude intéressante sur un cas de maladie de PAGET. Il s'agit d'un fémur droit provenant de la Grotte de l'Homme Mort, en Lozère.

La pièce n'a pas été dans les meilleures conditions de conservation et on y constate des pertes de substance posthumes, entre la partie inférieure de la tête fémorale, et la face antérieure de la base de la diaphyse. Les deux condyles sont également un peu endommagés.

Ce fémur s'est trouvé modifié à la fois dans sa forme et sa structure. Au niveau de la diaphyse endommagée, le tissu compact est raréfié et montre, sous une enveloppe périphérique mince, un aspect réticulé produit par l'anastomose entre elles de lamelles osseuses très minces. Cette sorte de

feuilleté osseux paraît combler la cavité médullaire. A l'examen radiographique, PALES a vu que cette disposition se retrouve dans l'ensemble de l'os. La raréfaction de la couche compacte périphérique dont les bords externes sont flous, occupe toute la hauteur de l'os et gagne même les épiphyses. La cavité médullaire n'a plus de limites nettes.

Elle est comblée plus ou moins par de nombreuses et fines lamelles anastomosées, et formant parfois des taches claires au voisinage de taches sombres. L'image radiographique présente ainsi un aspect « ouateux » très particulier. Ces diverses caractéristiques ont permis à PALES d'interpréter ces modifications comme dues à une maladie de PAGET. En particulier, à la suite des travaux d'ANDRÉ LÉRI et LEGROS, LÉVI et LONDE, HUDELO et HEITZ, les signes radiographiques sont considérés comme caractéristiques de la maladie de PAGET qui seule les réalise. La maladie de PAGET a été considérée pendant longtemps comme une syphilis osseuse de l'adulte. Mais comme le fit remarquer GANDOLPHE, contrairement à LANNELONGUE qui avait pensé d'abord à la nature syphilitique des lésions « dans l'oséite gommeuse, les os se rompent sans jamais se courber, au lieu que dans la maladie de PAGET, les os s'infléchissent mais ne se cassent pas ».

De plus, il est aujourd'hui démontré que, dans cette affection, les lésions peuvent aussi se localiser aux os du crâne et cela parfois sans que la

morphologie extérieure soit modifiée. C'est pourquoi R.-L. MOODIE pense que le crâne de Tilt-down est peut-être bien celui d'un pagétique, et non celui d'un acromégale comme Sir AUCKLAND GEDDES l'avait soutenu. Il a mis en évidence plusieurs arguments sérieux, dont l'épaississement considérable du frontal et du pariétal (10 à 12 m/m), le développement transversal très grand de l'occipital, la saillie, très marquée, des bosses pariétales, la dépression très profonde des vaisseaux méningés sur l'endocrâne, avec cependant une cavité cranienne très voisine de la normale. Mais il est à noter que les arguments cités à l'appui de cette thèse sont uniquement tirés de la description des pièces craniennes. Il serait intéressant de confronter avec les données fournies par un examen radiographique.

Les lésions dentaires chez les hommes préhistoriques ont été étudiées à diverses reprises et ont fait l'objet de plusieurs études d'ensemble, en particulier celles de SIFFRE et plus récemment celles de BOUVET.

Ces lésions peuvent se classer en deux catégories :

- 1° Lésions traumatiques d'usure ;
- 2° Lésions pathologiques, infectieuses ou structurales.

L'usure des dents a été constatée déjà sur des mâchoires du Paléolithique. On a parfois invoqué pour l'expliquer le fait qu'ayant un régime végé-

dérer comme dus à des préoccupations hygiéniques ne sont que des rites magiques.

La maladie est imaginée par le primitif comme une entité métaphysique qui entre dans l'organisme du malade. La guérison ne peut être obtenue que par l'extraction du mal. Celle-ci est obtenue soit par l'extraction symbolique d'un corps matériel, soit par l'ouverture du crâne (c'est vraisemblablement la signification des trépanations), soit enfin par des passes purement magiques,

On peut donner une telle explication à tous les monuments artistiques et architecturaux de la préhistoire. Ainsi, les menhirs sont peut-être des monuments du culte phallique. GUIART a constaté qu'encore actuellement ils sont considérés en Bretagne et en Vendée comme pouvant guérir la stérilité.

*
**

Il est vraisemblable qu'en dehors de la sorcellerie et la religion des ancêtres, il y eut une autre médecine, celle-là uniquement pratique et dans laquelle il faut voir les origines de la chirurgie. C'est cette médecine qui s'occupait de réduire les fractures, de panser les plaies, etc.

On voit donc que l'étude de la médecine des sociétés primitives préhistoriques et actuelles peut fournir des renseignements assez intéressants sur

les origines de la médecine. Le premier monument que nous possédions à ce sujet, la collection hippocratique est déjà le résultat d'une expérience de plusieurs millénaires sur lesquels nous n'avons, comme on vient de le voir, que des données indirectes et incertaines.

CONCLUSIONS

1° Etant donné les moyens de défense naturels relativement insuffisants de l'homme primitif, il a dû pallier à ce défaut par les inventions de son intelligence. Parmi celles-ci, l'art médical proprement dit doit avoir tenu une place relativement minime. Les préoccupations surnaturelles l'inclinaient probablement beaucoup plus aux rites magiques qu'à des procédés thérapeutiques proprement dits. Il y a eu cependant probablement une chirurgie élémentaire ; réduction des fractures, pansement des plaies, etc.

2° Les maladies dont semble avoir souffert l'homme préhistorique sont les mêmes que celles que nous connaissons actuellement. Nous ne pouvons les reconstituer, d'ailleurs fort incomplètement, que grâce aux lésions osseuses retrouvées sur les squelettes fossilisés.

3° La pathologie interne de l'homme préhistorique comprend des maladies aujourd'hui fréquentes : tuberculose osseuse, cancer, maladie de PAGET et probablement syphilis.

4° Au point de vue chirurgical, on a retrouvé des fractures consolidées ou non, des crânes trépanés ou marqués du T syncipital. La signification de ces pratiques semble purement mystique.

5° Les méthodes utilisées dans ces recherches sont celles de l'anthropologie auxquelles s'ajoutent quelques méthodes médicales comme les radiographies des os, certaines considérations de parasitologie comparée; etc. Ces dernières méthodes semblent pouvoir rendre service même au point de vue de l'anthropologie pure.

6° L'intérêt de la paléopathologie et de l'archéologie préhistorique médicale est de nous renseigner sur les origines de la médecine, étant donné que les premières données écrites sont déjà le résultat de l'expérience de plusieurs millénaires.

Vu : LE DOYEN :

G. ROUSSY.

Vu : LE PRÉSIDENT DE THÈSE :

L. TANON.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- BAUDOUIN. — *Arch. de Chir.* 1912, N° 12. — *Bull. Acad. Méd.* 1914, p. 402. — *Presse dentaire*, 1919, p. 364. — *Semaine Dentaire*, 1928, p. 112.
- BLOCH (I.). — *Bull. Soc. Anthropol.* Paris, 1906, p. 202.
- BOULE (M.). — Les hommes fossiles (Paris, 1921.)
- BOUVET. — Les lésions dentaires des hommes préhistoriques (*Th.* Paris, 1922.)
- BRÉUIL et OBERMAIER. — *L'Anthrop.* 1909, xx, 523.
- CAPITAN. — La préhistoire (Paris, 1931.)
- FONSECA. — *Rev. med. cir.* Brasil, 1930, xxxviii, N° 8.
- GANDOLPHE. — *Gaz. Méd.*, Paris, 1912, p. 351.
- GOURY. — L'homme des cités lacustres (Paris, 1932.
- GRON. — *L'anthrop.* 1919, p. 625.
- GUIART. — *Biol. Méd.* 1932, xxii, 57.
- LE BARON. — Lésions osseuses de l'Homme préhistorique. *Th.* (Paris, 1881.)
- JEANSELME. — *Traité de la Syphilis* (Paris, 1925.)
- LECÈNE. — L'évolution de la chirurgie. (Paris 1923.)
- LÉVY-BRUHL L. — Le surnaturel et la nature dans la mentalité primitive. (Paris, 1931.)

LUQUET. — L'art et la religion des hommes fossiles. Paris, 1926.

MANOUVRIER. — *Bull. Soc. Anth.* Paris, 1895, p. 257. — *Revue de l'Ecole d'Anthr.* 1896, p. 57. — *Bull. Soc. Et sc. et hist. Oise*, 1905, p. 82.

MOODIE. — *Ann. of Med. Hist.* 1917, I, 375. — *Pa-leopathology, Urbana (III)*. 1923.

RAYMOND. — *Revue préhistorique*, 1906, p. 42 et 1911, p. 270.

RIVET P. — *Journ. Asiatique*, avril-juin 1933.

ROUILLON. — Lésions osseuses préhistoriques. (Angers, 1923.)

SIFFRE. — *Bull. Soc. Anth.* Paris, 1914, p. 10.

SOPER. — *Amer. J. of Hyg.* 1927, VII, 74.

ZAMBACO. — *France-Méd.* 1897, N° 52.

